

М.Ю. ГАИН, С.В. ШАХРАЙ, Ю.М. ГАИН



ЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ КОПЧИКОВЫЕ ХОДЫ: ВСЕГДА ЛИ ПОКАЗАНА РАДИКАЛЬНАЯ ОПЕРАЦИЯ?

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования», г. Минск,
Республика Беларусь

Цель. Изучить результаты лечения острого воспаления кисты крестцово-копчиковой области в отдаленном периоде.

Материал и методы. В исследование включен 481 пациент, страдавший острым воспалением пилогидальной кисты копчика, которым в 2007-2010 годах выполнялось вскрытие и дренирование абсцесса. Группа А представлена 250 пациентами, которым после первичной операции выполнялся второй этап лечения — радикальная операция по иссечению кисты с ушиванием раны по Донати. Группа Б представлена 231 пациентом, которым радикальное вмешательство не выполнялось. Группы были однородны по полу и возрасту. Наблюдение за пациентами осуществлялось в 2017 году — в сроки от 7 до 10 лет после первичной операции.

Результаты. Частота рецидива после радикального иссечения (группа А) составила 27 (10,8%). Снятию послеоперационных швов в сроки до 10 суток после операции были подвержены 234 пациента (93,6%). Средний срок полного заживления раны в группе А — 42 [28-57] (Me [25%-75%]) суток. В группе Б и повторная операция (вскрытие абсцесса) потребовалась 74 пациентам (32,03%). В 157 (67,97%) случаях через 7-10 лет после первичной операции наблюдалось отсутствие жалоб (бессимптомное течение, ремиссия). При сравнении групп по общей длительности нетрудоспособности за период наблюдения 7-10 лет выявлены статистически значимые преимущества группы Б: медиана 12 суток (группа Б) против 38 (в группе А) ($p=0,000319$). Сравнение групп по частоте отдаленного рецидива выявило следующие данные: 10,8% (группа А) против 32,03% (группа Б) ($p = 0,00164$).

Заключение. Результат исследования свидетельствует о необходимости дальнейшей дискуссии по вопросам рациональной хирургической тактики и выбора показаний для радикальной операции.

Ключевые слова: пилогидальная киста, крестцово-копчиковая область, абсцесс, дренирование, заживление раны, киста

Objective. To study the treatment results of an acute inflammation of the sacrococcygeal region cyst in the distant period.

Methods. The study involved 481 patients suffering from an acute pilonidal sinus in which the abscess opening and draining was performed in 2007-2010. In the group A (250 patients) after the primary operation the second stage of treatment was applied including the radical operation to excise the cyst with the wound suturing by Donati. The group B includes 231 patients in whom the radical excision wasn't performed. The groups were gender and age comparable. Follow-up was carried out in 2017 — in terms from 7 to 10 years after the primary operation.

Results. The recurrence rate after the radical excision (group A) was 10,8% (27 patients). 234 patients (93.6%) were subject to removal of postoperative sutures in terms up to 10 days. An average term of complete wound healing in the group A was 42 [28 - 57] (Me [25%-75%]) days. In the group B the abscess recurrence and repeated operation (abscess incision) was required in 74 patients (32.03%). In 157 (67.97%) cases, 7-10 years after the primary operation, absence of complaints (asymptomatic sinus, remission) was observed. While comparing two groups by general terms of disability for the period of 7-10 years, the significant advantages of the group B have been revealed: median of 12 days (group B) against 38 (in group A) ($p=0.000319$). Comparing two groups by the remote recurrence frequency has revealed the following data — 10.8% (group A) against 32.03% (group B) ($p = 0.00164$).

Conclusions. The research result testifies to the necessity for further discussion concerning a rational surgical tactics, choice of indications for radical excision.

Keywords: pilonidal sinus, sacrococcygeal region, abscess, drainage, wound healing, cysts

Novosti Khirurgii. 2017 Nov-Dec; Vol 25 (6): 600-604

Pilonidal Sinus: is Radical Operation always Indicated?

M.Y. Gain, S.V. Shakhrai Y.M. Gain

Введение

Несмотря на длительное изучение проблемы эпителиального копчикового хода (ЭКХ, пилогидальной кисты копчика) и разработку эффективных методов его хирургического

лечения, результаты радикальных операций при этой патологии нельзя назвать полностью удовлетворительными [1, 2, 3]. Срок заживления послеоперационных ран крестцово-копчиковой области варьирует от 14 суток (при заживлении первичным натяжением и отсутствии инфекции

послеоперационной раны) до нескольких месяцев (при развитии инфекционных осложнений и заживлении ран вторичным натяжением) [2]. В результате развития раневых осложнений большинство пациентов вынуждено либо длительное время находиться на листе нетрудоспособности, либо приступать к трудовой деятельности в условиях неполного заживления послеоперационной раны [2, 3, 4]. Характер труда многих оперированных не всегда позволяет им трудиться и осуществлять уход за незажившей раной. Большая часть пациентов вынуждена иметь длительный амбулаторный период нетрудоспособности, граничащий в ряде случаев с социальной дезадаптацией [2, 4, 5, 6].

Частота рецидива после радикальных операций и послеоперационных осложнений в различных литературных источниках варьирует от 2,5 до 53% [1, 2, 3, 6]. А развитие инфекционных осложнений в области послеоперационной раны с необходимостью снятия всех швов и продленной открытой санации рассматривается многими хирургами поликлиник как естественный процесс ведения таких пациентов на амбулаторном этапе.

Данные об этиологии заболевания в различных литературных источниках весьма противоречивы. Если в странах постсоветского пространства проблему наличия в крестцово-копчиковой области узкого канала, выстланного эпителием и содержащего волосяные луковицы и сальные железы, рассматривают с точки зрения дисэмбриогенеза (теория «остатков эмбрионального хвоста» и т.п.), что предполагает соответствующую эксцизионную тактику лечения, то в современных англоязычных источниках специалисты относятся к данной нозологии как к одному из вариантов гнойно-септических заболеваний кожи и подкожной клетчатки, связанных с различными неблагоприятными факторами, как внешними, так и внутренними (избыточным ростом волос, различной патологией кожи в области межъягодичной складки и т.п.) [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7]. Различие во взглядах на причины данного заболевания отражается и в подходах к лечению. Сообщается о некоторых малоинвазивных методах лечения ЭКХ, таких как лазерная коагуляция кисты, операции, направленные на иссечение первичных свищевых ходов (питсы), методы проведения лигатур и сетона, кюретаж кисты и многие другие [3, 4, 5, 6, 7].

Актуальность изучения данной патологии обусловлена не только неудовлетворенностью врачей и пациентов результатами радикальных операций, но также и тем, что пилонидальные кисты проявляются в наиболее трудоспособном возрасте (пик заболеваемости приходится на

возраст 15-30 лет), что при неблагоприятном течении заболевания и послеоперационного периода будет способствовать длительному выключению пациента из активной трудовой (экономической) деятельности и связанным с этим фактом финансовым потерям для общества [2, 4, 6].

Цель. Изучить результаты лечения острого воспаления кисты крестцово-копчиковой области в отдаленном периоде.

Материал и методы

Сплошное ретроспективное исследование проведено на базе хирургического отделения учреждения здравоохранения «11-я клиническая больница» г. Минска. В данное отделение направляются все пациенты из г. Минска, страдающие острыми гнойно-септическими осложнениями ЭКХ. В базе данных насчитывалось 837 пациентов, страдавших острым воспалением пилонидальной кисты копчика, которым в 2007-2010 годах выполнен первый этап хирургического лечения — вскрытие и дренирование абсцесса. Все пациенты были осведомлены о планируемом исследовании и дали информированное согласие на его проведение.

Оценка отдаленных результатов проведена на основании физикального обследования пациентов при посещении клиники.

Из 837 пациентов 606 (72,4%) после заживления раны было выполнено радикальное вмешательство — иссечение пилонидальной кисты единым блоком с первичными свищевыми отверстиями (питсами) и свищевыми ходами (при их наличии). Рана ушивалась с преимущественным формированием швов по Донати по средней линии. Из данной когорты пациентов была сформирована группа А. В нее вошли 250 прооперированных пациентов. Пациенты были отобраны с помощью генератора случайных чисел в программе MS «Excel 2010». Сроки выполнения радикальной операции в группе А — 68 [35-89] суток (Me [25%-75%]).

231 (27,6%) пациенту по различным причинам радикальное вмешательство не выполнено (группа Б). В данной группе лечение было ограничено вскрытием и дренированием абсцесса с последующими перевязками до полного заживления послеоперационной раны.

В исследуемые группы А и Б вошли пациенты, перенесшие в 2007-2010 гг. первичное острое воспаление пилонидальной кисты копчика, однако различия в группах были определены дальнейшей тактикой лечения.

Критерием включения в исследование стало впервые возникшее (первичное) острое

воспаление ЭКХ в стадии абсцедирования. Критерии исключения: воспалительные заболевания толстой кишки, гематологическая и неврологическая патология, постоянный прием антикоагулянтов, операции на промежности и крестцово-копчиковой области в анамнезе, наличие тяжелых общесоматических заболеваний. Последующее наблюдение за пациентами осуществлялось одноэтапно в сроки от 7 до 10 лет после первичной операции. Группы исследования были однородны по полу и возрасту (таблица 1).

Для сравнения групп исследования оценивались следующие показатели: частота рецидива, кратность повторных вмешательств, частота послеоперационных осложнений, сроки полного заживления послеоперационной раны, сроки временной нетрудоспособности в амбулаторно-поликлинических условиях и др.

Статистическую обработку результатов исследований проводили с применением пакета прикладных программ «STATISTICA» (Version 6-Index, StatSoft Inc., лицензионный номер AXXR012E829129FA). Для сравнения групп использовали непараметрические методы: U-тест Манна-Уитни (Mann-Whitney U-test), для анализа относительных величин применяли анализ Chi-Square. Различия между группами считали достоверными при $p < 0,05$.

В исследовании использовалась классификация ЭКХ, предложенная Российским государственным научным центром колопроктологии (ГНЦК), согласно которым выделяют: неосложненный эпителиальный копчиковый ход (без клинических проявлений), острое воспаление эпителиального копчикового хода (инфильтративная стадия; абсцедирование); хроническое воспаление эпителиального копчикового хода (инфильтративная стадия; рецидивирующий абсцесс; гнойный свищ); ремиссия воспаления эпителиального копчикового хода [2].

Результаты

Плановые оперативные вмешательства, направленные на иссечение кисты, рекомендовались после первичной санации гнойного очага всем пациентам исследуемых групп. Сре-

ди причин осознанного отказа от радикальной операции в группе Б имели место следующие основные факторы: нежелание самого пациента и боязнь операции — 194 (83,98%), отсутствие каких-либо жалоб, дискомфорта и рецидива абсцесса в течение длительного времени — 178 (77,06%), жизненные обстоятельства (семейные, бытовые), которые не позволили следовать рекомендациям врача и выполнить плановую операцию — 19 (8,2%), рекомендации, полученные в результате изучения отзывов на тематических форумах в сети интернет — 3 (1,3%), рекомендации врача поликлиники — 1 (0,43%).

Ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 250 пациентов в группе А по прошествии 7-10 лет после первичной операции показал, что 27 пациентам (10,8%) одной операции было недостаточно: рецидив абсцесса, а также повторная санирующая операция потребовались 13 (5,2%) пациентам, 9 (3,6%) пациентам потребовались 2 повторные операции, 3 пациентам (1,2%) — 3 вмешательства, 2 пациентам (0,8%) — более 3 операций. Таким образом, частота рецидива заболевания после радикального иссечения кисты составила 10,8%.

В сроки до 10 суток после операции в амбулаторных условиях швы были сняты у 234 пациентов (93,6%). У 173 (73,93%) из них причиной снятия швов стали признаки инфекционного процесса (нагноения) в области послеоперационной раны. Только 16 пациентам группы А (6,4%) швы были сняты на 12-е сутки, послеоперационная рана при этом зажила первичным натяжением. Средний срок полного заживления раны в группе А составил 42 [28-57] суток (Me [25%-75%]), срок временной нетрудоспособности (ВН) после радикальной операции только на уровне амбулаторно-поликлинического звена (без учета стационарных койко-дней) составил 26 [19-33] суток (Me [25%-75%]), а общий период ВН (с учетом амбулаторного нахождения на листке нетрудоспособности после первичной операции вскрытия и дренирования абсцесса) — 38 [26-49] суток (Me [25%-75%]).

Анализ результатов наблюдения 231 пациента в группе Б по прошествии 7-10 лет после первичной операции показал, что повторная

Таблица 1

Половой и возрастной состав групп исследования			
	пол		возраст, лет (Me [25%-75%])
	мужской	женский	
Группа А	161 (64,4%)	89 (35,6%)	23 [19-33]
Группа Б	152 (65,8%)	79 (34,2%)	24 [20-35]
Mann-Whitney U-test	—		$p=0,891$
Chi-Square	$p=0,937$		—

санирующая операция потребовалась 74 пациентам (32,03%). Из них у 23 пациентов (31,08%) в течение срока наблюдения случаи нагноения кисты возникали более 1 раза: у 15 пациентов (65,22%) — 2 раза, у 5 (21,74%) пациентов — 3 раза, у 3 (13,04%) пациентов — более 3 раз. Осмотр 74 пациентов, которым потребовалось повторное санирующее вмешательство, через 7-10 лет после первичного вмешательства выявил наличие ремиссии ЭКХ (по классификации ГНЦК) у 38 пациентов (51,35%), хронического воспаления ЭКХ в стадии инфильтрации — у 22 (29,73%) пациентов, хронического воспаления в стадии гнойного свища — у 14 (18,92%) пациентов. Таким образом, через 7-10 лет после первичной операции у 157 (67,97%) из 231, которым не выполнялась радикальная операция, пациентов наблюдали отсутствие каких-либо жалоб и признаков воспаления в крестцово-копчиковой области, а течение заболевания можно было расценить как бессимптомное или ремиссию. Под ремиссией заболевания или бессимптомным его течением подразумевали полное отсутствие жалоб, отсутствие в области межъягодичной складки и крестцово-копчиковой области каких-либо признаков воспалительного процесса, наличие интактного послеоперационного рубца или наличие на коже первичных свищевых отверстий (питсы) без признаков воспаления и какого-либо отделяемого.

Срок ВН на уровне амбулаторно-поликлинического звена (без учета стационарного койко-дня) в группе Б составил 12 [7-17] суток (Me [25%-75%]).

При сравнительном анализе групп исследования (А и Б) по показателям общей длительности нетрудоспособности по поводу ЭКХ на уровне амбулаторно-поликлинического звена за период наблюдения 7-10 лет выявлены статистически значимые преимущества группы исследования Б, пациенты которой воздержались от радикального вмешательства: медиана 12 суток (группа Б) против 38 (в группе А) ($p=0,000319$). Вместе с тем, сравнение групп исследования по показателю (частоте) отдаленного рецидива заболевания выявило противоположные данные: 10,8% (группа А) против 32,03% (группа Б) ($p=0,00164$).

Обсуждение

Полученные данные о частоте рецидива воспаления кисты после первичной санирующей операции у лиц, по каким-либо причинам отказавшихся от второго этапа лечения (радикального иссечения кисты), несколько противо-

речат аналогичным данным, представленным в некоторых русскоязычных литературных источниках (32,03% против 50-70%), и сопоставимы с данными из англоязычных публикаций, попадая в диапазон 20-60% [1, 2, 4, 5, 7]. Отечественная хирургическая и проктологическая школы предусматривают однозначную парадигму: всегда и всем пациентам после первого эпизода нагноения кисты показан второй этап — радикальное вмешательство, направленное на полное иссечение кисты [1, 2]. При этом роль малоинвазивных вмешательств при ЭКХ не всегда однозначно трактуется в литературных данных. Частота рецидива после радикального иссечения кисты (10,8% в нашем исследовании и 2-20% по некоторым литературным данным), длительный период заживления ран крестцово-копчиковой области после иссечения кисты и связанный с этим продолжительный период реабилитации — все это позволяет по-иному взглянуть на проблему ЭКХ и целесообразности дифференцированного подхода при назначении радикальной операции после первого эпизода нагноения кисты [1, 2, 3, 4, 7]. Отдаленные результаты различных видов лечения, безусловно, нуждаются в дальнейшем изучении и определении рациональной хирургической тактики [4, 6].

Заключение

Средний срок полного заживления послеоперационной раны после выполнения радикальной операции по иссечению кисты с глухим ушиванием раны составил 42 [28-57] суток (Me [25%-75%]). Через 7-10 лет после первичной операции более половины наблюдаемых нами пациентов, которым не выполнялось радикальное вмешательство (67,97%), имеют бессимптомное течение заболевания и отсутствие рецидива. Данный факт, наряду с очевидной нерешенностью проблемы эффективного заживления послеоперационных ран крестцово-копчиковой области, которые возникают в результате обширного иссечения ЭКХ и частого развития инфекционных осложнений (73,93%), свидетельствует о наличии «пищи для размышлений» в отношении рациональной хирургической тактики и персонализированного выбора оптимального метода оперативного лечения.

Работа выполнялась в соответствии с планом научных исследований ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования».

Конфликт интересов отсутствует.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дашенко БМ. Острое нагноение эпителиально-го копчикового хода. Харьков, Украина: Препор; 2006. 165 с.
2. Шелыгин ЮА, Благодарный ЛА. Справочник по колопроктологии. Москва, РФ: Литтерра; 2012. 596 с.
3. Gecim IE, Goktug UU, Celasin H. Endoscopic pilonidal sinus treatment combined with crystalized phenol application may preven trecurrence. *Dis Colon Rectum*. 2017 Apr;60(4):405-407. doi: 10.1097/DCR.0000000000000778.
4. Dessily M, Charara F, Ralea S, AlléJ JL. Pilonidal sinus destruction with a radial laser probe: technique and first Belgian experience. *Acta Chir Belg*. 2017 Jan 6:1-8. doi: 10.1080/00015458.2016.1272285.
5. Isik A, Idiz O, Firat D. Novel approaches in pilonidalsinus treatment. *Prague Med Rep*. 2016;117(4):145-52. doi: 10.14712/23362936.2016.15.
6. Harris C, Sibbald RG, Mufti A, Somayaji R. Pilonidal Sinus Disease: 10 Steps to Optimize Care. *Adv Skin Wound Care*. 2016 Oct;29(10):469-78. doi: 10.1097/01.ASW.0000491324.29246.96.
7. Iesalnieks I, Ommer A, Petersen S, Doll D, Herold A. German national guideline on the management of pilonidal disease. *Langenbecks Arch Surg*. 2016 Aug;401(5):599-609. doi: 10.1007/s00423-016-1463-7.

Адрес для корреспонденции

220013, Республика Беларусь,
г. Минск, ул. П. Бровки, дом. 3, корп. 3,
ГУО «Белорусская медицинская академия
последипломного образования»,
кафедра неотложной хирургии;
тел.: +375-17-225-88-10,
e-mail: mishahain@tut.by,
Гаин Михаил Юрьевич

Сведения об авторах

Гаин М.Ю., к.м.н., старший преподаватель кафедры неотложной хирургии ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования».
Шахрай С.В., д.м.н., профессор кафедры неотложной хирургии ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования».
Гаин Ю.М., д.м.н., профессор, проректор по научной работе ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования».

Информация о статье

Поступила 13 марта 2017 г.
Принята к печати 26 июня 2017 г.
Доступна на сайте 6 ноября 2017 г.

REFERENCES

1. Datsenko BM. Ostroe nagnoenie epitelial'nogo kopchikovogo khoda [Acute suppuration of epithelial coccygeal]. Khar'kiv, Ukraina: Prapor; 2006. 165 p.
2. Shelygin YA, Blagodarnyi LA. Spravochnik po koloproktologii [Handbook of Coloproctology]. Moscow, RF: Litterra; 2012. 596 p.
3. Gecim IE, Goktug UU, Celasin H. Endoscopic pilonidal sinus treatment combined with crystalized phenol application may preven trecurrence. *Dis Colon Rectum*. 2017 Apr;60(4):405-407. doi: 10.1097/DCR.0000000000000778.
4. Dessily M, Charara F, Ralea S, AlléJ JL. Pilonidal sinus destruction with a radial laser probe: technique and first Belgian experience. *Acta Chir Belg*. 2017 Jan 6:1-8. doi: 10.1080/00015458.2016.1272285.
5. Isik A, Idiz O, Firat D. Novel approaches in pilonidalsinus treatment. *Prague Med Rep*. 2016;117(4):145-52. doi: 10.14712/23362936.2016.15.
6. Harris C, Sibbald RG, Mufti A, Somayaji R. Pilonidal Sinus Disease: 10 Steps to Optimize Care. *Adv Skin Wound Care*. 2016 Oct;29(10):469-78. doi: 10.1097/01.ASW.0000491324.29246.96.
7. Iesalnieks I, Ommer A, Petersen S, Doll D, Herold A. German national guideline on the management of pilonidal disease. *Langenbecks Arch Surg*. 2016 Aug;401(5):599-609. doi: 10.1007/s00423-016-1463-7.

Address for correspondence

220013, Republic of Belarus,
Minsk, P. Brovki str., 3, b.3,
SEE "Belarusian Medical Academy
of Post-Graduate Education",
Department of Emergency Surgery;
Tel.: 375-17-225-88-10,
E-mail: mishahain@tut.by,
Michail Y. Gain

Information about the authors

Gain M.Y., PhD, Senior Lecturer of the Department of Emergency Surgery of SEE "Belarusian Medical Academy of Post-Graduate Education".
Shakhrai S.V., MD, Professor of the Department of Emergency Surgery of SEE "Belarusian Medical Academy of Post-Graduate Education".
Gain Y.M., MD, Professor, Vice-rector for scientific work of SEE "Belarusian Medical Academy of Post-Graduate Education".

Article history

Arrived 13 March 2017
Accepted for publication 26 June 2017
Available online 6 November 2017